2015D11247

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 23 februari 2015 inzake de beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 (Kamerstuk 34 104 / 33 891, nr. 20).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
II. Reactie van de Staatssecretaris

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief «Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015». Graag reageren genoemde leden op deze brief met de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie zijn verbaasd dat zij pas op 23 februari 2015 de beleidskaders krijgen toegestuurd, dit terwijl de datum op de beleidsregels 12 december 2014 is. Was het wellicht niet eerder mogelijk de stukken te sturen of is er iets misgegaan in het proces? Graag ontvangen zij een reactie. Deze leden krijgen graag de garantie dat dergelijke stukken in de toekomst eerder naar de Kamer worden gestuurd.

De leden van de SP-fractie vinden het zeer ongewenst dat voor de Wet langdurige zorg (Wlz) besloten is om de indicatie door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) te laten uitvoeren en zij hebben hierover dan ook een aantal vragen. Waarom is de rol van de professional in de indicatiestelling niet méér van belang? Is het niet veel beter om de professional, die de kennis en kunde heeft om te kunnen indiceren, deze taak te geven? Het is immers de professional die dag en nacht met zijn/haar patiënten samenleeft. Deze leden vragen om een uitgebreide toelichting waarom ervoor gekozen is de indicatiestelling door het CIZ te laten uitvoeren. Is er soms sprake van een georganiseerd wantrouwen jegens de professional? Tevens willen genoemde leden graag weten op welke wijze het CIZ de indicatiestelling uitvoert. Zij vragen daarbij om de garantie dat het CIZ (minstens) daadwerkelijk bij de mensen thuis gaat kijken en hen serieus onderzoekt en dat het CIZ de indicatiestelling niet afstandelijk, bijvoorbeeld via de telefoon, afhandelt. De leden van de SP-fractie vinden het namelijk essentieel dat er bij de indicatiestelling sprake is van maatwerk leveren richting de patiënt. Genoemde leden vragen daarom om een uitgebreide toelichting op de toegevoegde waarde van het CIZ in de indicatiestelling, in het besef dat deze taak veel beter door professionals uitgevoerd kan worden. Ook ontvangen deze leden graag antwoord op de volgende vragen. Hoeveel geld krijgt het CIZ voor het jaar 2015 om deze taak uit te voeren? Welke kosten zijn er gemoeid met de overgang van het indiceren van de AWBZ naar de Wlz? Zet het CIZ hier bijvoorbeeld andere software of meer personeel voor in? Hoe is de privacy geregeld en aan welke privacy-voorwaarden is het CIZ gebonden? Weten op dit moment alle mensen die binnen de Wlz vallen waar zij aan toe zijn (in ieder geval voor 2015)? Weten zij allen wat de gevolgen voor hen persoonlijk zijn van alle veranderingen die zijn doorgevoerd op 1 januari 2015? Heeft het CIZ iedereen voldoende geïnformeerd? Het CIZ registreert, voor zover dat bekend is, wat de voorkeursleverancier is van de verzekerde. De leden van de SP-fractie worden graag geïnformeerd over de partijen waarmee het CIZ deze informatie deelt. Worden bijvoorbeeld de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars of de zorgkantoren hiervan op de hoogte gesteld? Zijn mogelijke resultaten hiervan bijvoorbeeld de wachtlijsten en de zogenaamde wenswachtenden?
De werkwijze van het CIZ om cliënten die een aanvraag niet of nauwelijks kunnen ondertekenen een kruisje te laten zetten roept vragen op. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie hierop een reactie. Klopt het dat deze werkwijze haaks staat op de regels rond vertegenwoordiging van

wilsonbekwame cliënten? Zo ja, worden hierop acties ondernomen in de richting van het CIZ?

Vervolgens vragen de leden van de SP-fractie of de Staatssecretaris de mening deelt dat een goede indicatie en de daarbij behorende financiën niet voldoende zijn voor continuïteit en kwaliteit van zorg, en dat voor die continuïteit van zorg ook vaste mensen/vaste gezichten nodig zijn. Klopt het dat iedereen geherindiceerd wordt? Genoemde leden vragen welke kosten deze herindicatie met zich meebrengt en of het wel wenselijk is dat iedereen geherindiceerd wordt.

Bij het modulair pakket thuis (mpt) is het mogelijk dat er meer zorg geïndiceerd wordt dan dat er daadwerkelijk wordt gebruikt. Klopt deze conclusie van de leden van de SP-fractie? In hoeverre vindt de Staatssecretaris dit een wenselijke situatie, zo vragen deze leden. Hoe vaak komt dit voor en hoe wordt hiermee omgegaan?

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is in principe onbepaald, maar een aantal situaties is hiervan uitgezonderd. Er is besloten de moeilijke (Sterk Gedragsgestoord) Licht Verstandelijk Gehandicapten ((SG)LVG) doelgroep, juist de groep die een grote behoefte heeft aan continuïteit, uit te sluiten. Voor deze doelgroep geldt een maximale geldigheidsduur van de indicatie van drie jaar. De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over dit besluit. Leidt het elke drie jaar opnieuw herindiceren niet gelijk tot ontwrichting binnen deze groep, zo vragen deze leden. Is het wel wenselijk om deze doelgroep iedere drie jaar te herindiceren? Het is toch juist de vastigheid, de stabiliteit en de rust die leiden tot verbetering voor deze doelgroep; als deze vastigheid elke keer opnieuw wordt weggehaald leidt dat toch tot grote problemen? Genoemde leden vragen vervolgens of er bij deze groep, of bij andere sterk gedragsgestoorden, bepaalde jojo-effecten zichtbaar zijn (zij krijgen drie jaar behandeling volgens indicatie, bij herindicatie gaat het goed en de indicatie wordt (sterk) naar beneden bijgesteld, de patiënt krijgt onvoldoende zorg en de problemen verergeren waardoor bij een nieuwe herindicatie wederom drie jaar later de indicatie voor zorg weer (sterk) naar boven bijgesteld moet worden).
Als het gaat om de herstelgerichte behandeling is de maximale geldigheidsduur van de indicatie zes maanden. Wat gebeurt er dan precies als iemand zeven maanden revalidatie nodig blijkt te hebben? Welke problemen levert deze maand extra revalidatie op? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting. Wie heeft vastgesteld dat het maximum aantal maanden zes moet zijn voor de herstelgerichte behandeling en op basis waarvan is het aantal maanden vastgesteld, zo vragen de leden van de SP-fractie. Vervolgens vragen deze leden wat de maximale lengte is van een indicatie voor palliatieve zorg. Worden deze indicaties nog steeds voor een jaar afgegeven?

De leden van de SP-fractie ontvangen signalen dat er bij het indiceren binnen de Wlz onvoldoende rekening is gehouden met de volgende twee doelgroepen: zwaar gehandicapten die zelfstandig wonen en zwaar gehandicapten die in een Fokuswoning wonen en tegelijkertijd aangewezen zijn op extramurale zorg. Zijn deze signalen bekend? De Staatssecretaris heeft eind vorig jaar besloten dat deze groep binnen de Wlz valt. Echter, nu ontstaat de situatie dat mensen binnen deze doelgroepen een aanvraag bij het CIZ hebben gedaan voor een uitbreiding van het persoonsgebonden budget (pgb), maar dat het CIZ alleen in zorgprofielen kan indiceren (niet meer in klassen of uren), en men een zorgprofielindicatie alleen nog krijgt als men in een instelling woont, wat voor deze groepen dus niet opgaat. Is dit inderdaad het geval, zo vragen deze leden. Genoemde leden vinden dit namelijk een zeer vreemde situatie en zij

vragen een uitgebreide toelichting op de wijze waarop het CIZ deze groepen indiceert. Wordt er in de indicatiestelling Wlz voldoende rekening gehouden met zwaar gehandicapten die zelfstandig wonen en meer dan 25 uur per week zorg nodig hebben, zo vragen zij. Welke regels gelden hier precies en wat is voor deze situatie de oplossing?

De ingangsdatum van het indicatiebesluit kan ook liggen vóór de datum van het indicatiebesluit. Omdat een aanvraag voor een indicatie zes weken kan duren, lijkt dit soms een wenselijke situatie. Is het daarmee voldoende gegarandeerd binnen de beleidsregels dat snelle/acute (en tijdelijke) zorg indien nodig mogelijk is? De leden van de SP-fractie zijn benieuwd hoe vaak het voorkomt dat de ingangsdatum van de indicatie vóór het besluit ligt en wat de gevolgen voor de doorlooptijd zijn. Genoemde leden vinden het overigens überhaupt niet wenselijk dat een indicatie wordt afgegeven voordat duidelijk is wat er precies qua zorg nodig is. Is het niet beter de indicatie gaandeweg vast te stellen, wanneer duidelijk is geworden aan welke zorg of ondersteuning behoefte is? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide reactie.

Er wordt gesproken over een ernstig nadeel. In de tekst staat: «Uit de memorie van toelichting blijkt dat bij «ernstig nadeel voor de verzekerde» sprake moet zijn van een te verwachten risico dat deze verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.» De leden van de SP-fractie vragen hoe vastgesteld wordt dat er sprake is van een ernstig nadeel, en wie vaststelt dat er sprake is van een ernstig nadeel. Kan de Staatssecretaris een drietal voorbeelden geven die op het scheidsvlak liggen van wel en geen ernstig nadeel, en kan hij daarbij ingaan op de alternatieven die voor de verzekerde beschikbaar zijn? Is er bij het vaststellen van ernstig nadeel voldoende aandacht voor senioren, bij wie bijvoorbeeld het risico bestaat dat zij zich (ernstig) verwaarlozen?

De oude zorgzwaartepakketten brachten problemen met zich mee. De leden van de SP-fractie zijn erg benieuwd in hoeverre er nu daadwerkelijk geheel van de zorgzwaartepakketten is afgestapt of zijn de nu benoemde zorgprofielen wellicht verkapte vormen van zorgzwaartepakketten? Welke verbeteringen en veranderingen ten opzichte van zorgzwaartepakketten zijn er precies in de zorgprofielen te zien, zo vragen deze leden.
In de toelichting wordt aangegeven dat de »Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014» zijn komen te vervallen en nu de «Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015» gaan gelden en dat deze nieuwe beleidsregels minder omvangrijk zijn geworden. De leden van de SP-fractie vragen om een helder overzicht van de belangrijkste en meest wezenlijke inhoudelijke verschillen tussen de nieuwe beleidsregels indicatiestelling en de oude beleidsregels indicatiestelling.

Ten slotte hebben de leden van de SP-fractie nog een aantal vragen. Is het correct dat er een lacune bestaat als het gaat om de zorg voor LVB-cliënten vanaf 23 jaar met een nieuwe of een aflopende indicatie? En dat er tevens een knelpunt bestaat voor 18- tot en met 22-jarigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en gedragsproblemen en/of verslaving (dubbele grondslag)? Klopt het, zo vragen genoemde leden, dat deze groep niet in aanmerking komt voor de Wlz maar ook niet voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)? Welke vormen van beschermd en begeleid wonen, alsmede van behandeling in het kader van ontwikkeling, kunnen geïndiceerd worden voor jongeren (met en zonder

kinderen) met licht verstandelijke beperkingen van 18 tot en met 22 jaar en vanaf 23 jaar, zowel in de Wmo als in de Wlz?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsregels indicatiestelling Wlz. Hoewel de beleidsregels ter kennisneming naar de Kamer zijn gezonden willen zij wel gebruikmaken van de mogelijkheid hier verduidelijkende vragen over te stellen, temeer daar de Staatssecretaris tijdens de behandeling van de Wlz deze ter bespreking aan de Kamer zou sturen.

Pagina 2

De definitie van «blijvende zorgbehoefte» impliceert dat mensen met een tijdelijke zorgbehoefte zich moeten richten tot de gemeente. Of kunnen deze mensen vallen onder het zorgprofiel «herstelgerichte behandeling V&V» (pagina 5)? Wanneer valt een zorgvrager onder de ene wet en wanneer onder de andere? Onder de AWBZ waren de eerste drie maanden persoonlijke verzorging toch gebruikelijke zorg? Hoe zit dat nu voor verstandelijk gehandicapten, visueel beperkten en mensen met een ggz-stoornis?

Pagina 3

Bij het criterium »24 uur per dag zorg in de nabijheid» geldt dat de cliënt niet in staat is om zelf hulp in te roepen indien nodig om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen.
Vervolgens bepaalt artikel 3.2.1.2 Wlz dat onder ernstig nadeel onder meer wordt verstaan dat als gevolg van fysieke of zware regieproblemen er een situatie kan ontstaan waarin de cliënt onder meer zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten en zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen. Kan de Staatssecretaris dit meer duiden? Mensen die zich dreigen te verwaarlozen zien dat niet altijd zelf als een ernstig nadeel toebrengen. Hoe vaak per dag moet poolshoogte genomen worden om in aanmerking te komen voor een Wlz-indicatie?

Pagina 5

De datum ingang geïndiceerde functie kan in beginsel wel liggen na, maar niet voor de datum indicatiebesluit. Wat betekent dit voor mensen die acuut Wlz-zorg nodig hebben, die ook krijgen omdat een zorginstelling haar verantwoordelijkheid neemt maar niet vallen onder de cumulatieve voorwaarden zoals genoemd in paragraaf 1.4? Een antwoord dat het financiële risico hiervan voor de zorginstelling is, kan niet ongemotiveerd gegeven worden.

Pagina 6

De situatie dat een mantelzorger uitvalt door overlijden komt niet zelden voor. Deze gebeurtenis kan leiden tot een situatie waarin direct sprake is van het toepasbaar zijn van Wlz-indicaties. Is de Staatssecretaris het met de leden van de CDA-fractie eens dat het onverkort vasthouden van deze voorwaarde tot dramatische situaties kan leiden en dus reden is om de ingangsdatum van het indicatiebesluit wel vroeger te leggen? Zo nee, waarom niet?

Pagina 6, paragraaf 1.5

Over de aanvullende informatie kan geen bezwaar worden aangetekend. Onder aanvullende informatie valt de leveringsvorm, zoals pgb, volledig pakket thuis (vpt), mpt en zorg in natura met verblijf (zie pagina 7). Waar kan een zorgaanvrager bezwaar aantekenen wanneer een verzoek om een pgb niet gehonoreerd wordt? Als dit het zorgkantoor is, kan het gebeuren dat een zorgvrager indien deze het zowel met het indicatiebesluit als met de leveringsvorm oneens is, twee keer bezwaar moet aantekenen bij twee verschillende instanties. Klopt deze analyse? Zo nee, hoe zit het dan? Zo ja, vindt de Staatssecretaris dat cliëntgericht?

Pagina 8

Op schriftelijke vragen van het lid Keijzer antwoordde de Staatssecretaris dat «het nog op een knop kunnen drukken» geen indicatiecriterium is voor de Wlz. Onder 3 (afwegingskader) staat vermeld: Oordeel of verzekerde is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat «hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen». Is de Staatssecretaris bereid het CIZ nadrukkelijk te informeren dat dit niet betekent dat wanneer een zorgvrager nog op een knop kan drukken hij in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen?

Pagina 11

Onder het kopje «wettelijke voorzieningen» staat vermeld dat deze zorg door het verantwoordelijke orgaan geregeld kan worden. De leden van de CDA-fractie vragen hoe deze zinsnede zich verhoudt tot het feit dat gemeenten in het kader van de Wmo en de Jeugdwet veel vrijheid hebben dit lokaal in te vullen. Deze leden vragen specifiek hoe dit in relatie staat tot dagbesteding en hulp bij het huishouden. Als de gemeente dit minder gaat verstrekken in verband met de opgelegde bezuinigingen dan zullen mensen eerder een beroep doen op de Wlz. Kan de Staatssecretaris schetsen hoe het een en ander gewogen gaat worden?
De ene gemeente biedt immers een hoger voorzieningenniveau dan de andere gemeente en in veel gemeenten is het inkomen leidend bij het toekennen van voorzieningen, en niet de mate van de beperking.

Pagina 12

In de tweede alinea geven de beleidsregels aan dat het aangrijpingspunt gaandeweg verschuift van de medische zorg naar gehandicaptenzorg. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Staatssecretaris ervoor kiest deze overgang bij de leeftijd van vijf jaar neer te leggen. Dat hangt toch niet van een bepaalde leeftijd af, zo vragen deze leden. Volgens genoemde leden hangt het meer af van de handicap, prognose en ontwikkeling van het kind. Kan de Staatssecretaris dit verduidelijken?

Pagina 12

Onder het kopje «palliatieve terminale thuiszorg» staat duidelijk aangegeven dat palliatieve zorg voor mensen met een Wlz-indicatie binnen de Wlz beschikbaar is. Toch hebben de leden van de CDA-fractie uit het veld en van burgers mails ontvangen waaruit blijkt dat voor mensen in de palliatieve fase met een Wlz-indicatie deze zorg niet voorhanden is. Of dat een instelling geen Wlz-zorg kan bieden. Dat leidt er ook toe dat ziekenhuisbedden langer bezet blijven omdat er geen palliatieve «zorgplek» voorhanden is. Hoort de Staatssecretaris deze signalen ook en hoe borgt hij palliatieve plaatsen in Wlz-instellingen? De leden van de CDA-fractie zijn zeer verheugd dat de Staatssecretaris dit in de wet heeft geregeld

maar het leidt er in praktijk toch toe dat mensen hun laatste palliatieve fase in een andere instelling moeten doorbrengen. Dat is toch niet de bedoeling van de Staatssecretaris, zo vragen deze leden.
Verder zien de leden van de CDA-fractie problemen met de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) op dit terrein. Zoals al eerder bekend (ook bij kleinschalige wooninitiatieven gefinancierd door middel van het pgb) is er ook een probleem bij hospices die geen WTZi-toelating hebben. Deze leden weten dat de Staatssecretaris dit probleem ziet maar zij vragen of hij al een oplossing voor dit probleem heeft en of ook de hospices hierbij worden meegenomen.

Pagina 13

De leden van de CDA-fractie denken dat de afweging wanneer er permanent toezicht nodig is niet in elke situatie hetzelfde is. In hoeverre wordt hiermee bij de indicatiestelling rekening gehouden? Als er een mantelzorger aanwezig is kan dit ook weer anders zijn dan als er geen mantelzorger aanwezig is (iemand is bijvoorbeeld alleenwonend). Kan de Staatssecretaris uiteenzetten hoe dit gewogen gaat worden?

Pagina 15

In de eerste alinea van pagina 15 stelt de Staatssecretaris dat bij kinderen met een beperking (enige) ontwikkeling mogelijk is. Dat begrijpen de leden van de CDA-fractie maar zij vragen hierbij wel of de Staatssecretaris enige ontwikkeling kan duiden want het is deze leden nog steeds niet helemaal duidelijk wanneer kinderen nu onder de Wlz vallen en wanneer zij zijn aangewezen op andere wettelijke voorzieningen dan de Wlz.

Pagina 15

In de onderstaande alinea van pagina 16 wordt gesproken over een dominante grondslag. De leden van de CDA-fractie vragen waarom er wordt gekozen voor een dominante grondslag. Soms is dat namelijk zeer lastig vast te stellen. Is de Staatssecretaris niet huiverig voor het feit dat er een theoretische keuze wordt gemaakt voor iets dat in praktijk veel complexer is? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting op dit punt.

Pagina 16

Onder het kopje «Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel» staat niet expliciet de groep LG vermeld, mensen met een lichamelijke beperking. Waarom niet, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Pagina 18

Op pagina 8 van de memorie van toelichting van de Wlz stond dat 18–23-jarigen met een LVB onderdeel uitmaken van de Wlz. De budgetten zijn geraamd en de contractering is rond. Het CIZ indiceert echter niet. Waar is dit op gebaseerd?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de regeling van de Staatssecretaris houdende beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015. De beleidsregels volgens welke het CIZ vaststelt in hoeverre de verzekerde is aangewezen op een of meer van de in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg aangewezen vormen van zorg. Het verbaast deze leden dat de hogere

zorgzwaartepakketten ontbreken. Welke verklaring heeft de Staatssecretaris hiervoor?

Bij ernstig nadeel van de verzekerde moet er sprake zijn van een te verwachten risico dat de verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg. Kan de Staatssecretaris enkele voorbeelden geven van deze reële risico's en vaak voorkomende gevaren die acceptabel zijn? Vallen onderstaande situaties daar ook onder:

– toenemend aantal branden;
– nachtelijk ronddwalen over straat;
– verstoord dag-nachtritme;
– verwaarlozing;
– ondervoeding?

Is de Staatssecretaris van mening dat niet alleen zware fysieke beperking een reden is voor Wlz-indicatie, maar dat ook mensen die zich dreigen te verwaarlozen of zich te gronde dreigen te richten, aanspraak kunnen maken op een Wlz-indicatie? Zo nee, waarom niet?

Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) misgaan. Hiervoor is onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal nodig, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Met de huidige technologische ontwikkelingen is de verwachting dat dit toezicht steeds vaker met camera's op afstand zal plaatsvinden. Ook bij nachtelijk toezicht. Welke eisen stelt de Staatssecretaris hieraan? Hoeveel personeel moet er 's nachts beschikbaar zijn op locatie bij een groep om bij escalatie of ontsporing van gedrag in te grijpen? Is de Staatssecretaris van mening dat het dragen van een alarmkastje een vorm van 24 uur per dag zorg in de nabijheid is?

Wat wordt verstaan onder de beschikbaarheid van zorg en toezicht 24 uur per dag in de nabijheid, wanneer iemand met een Wlz-indicatie kiest om zelfstandig in de eigen woning te blijven wonen? Kan de Staatssecretaris hier minimaal drie voorbeelden van geven? Wat wordt verstaan onder en is een acceptabel tijdsbestek voor tijdig ingrijpen in de thuissituatie bij de beschikbaarheid van zorg en toezicht van 24 uur per dag in de nabijheid om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen? Welke afstand is acceptabel voor de nabijheid van zorg en toezicht 24 uur per dag om ernstig nadeel van de verzekerde te voorkomen? Het beleid is erop gericht ook mensen met een zwaardere zorgvraag zoveel mogelijk thuis te houden. Welke concrete acties zijn er op dit moment om dit te bewerkstelligen? Zijn er concrete bouwplannen voor seniorenwoningen/beschutte woonvormen? Zo ja, welke? Is het tekort aan seniorenwoningen afgenomen?

Klopt het dat er op dit moment een continuïteitsprobleem in de zorgverlening ontstaat bij mensen die intramurale herstelzorg nodig hebben? Wordt er op dit moment onnodig gebruik gemaakt van dure ziekenhuisbedden omdat er niet genoeg verpleeg/verzorgingsplekken zijn? Op welke wijze gaat de Staatssecretaris deze zorg garanderen? Waar gaat de Staatssecretaris deze mensen plaatsen?

De leden van de PVV-fractie vragen ook hoeveel mensen die voor intramurale herstelzorg in aanmerking komen, nu al geïndiceerd worden voor de veel duurdere geriatrische revalidatiezorg en herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging.

Van Patiëntenfederatie NPCF hebben de leden van de PVV-fractie begrepen dat er problemen zijn met het afgeven van spoedindicaties Wlz bij mensen die voorafgaand aan de spoedsituatie geen Wlz-indicatie hadden. Deze mensen krijgen moeilijk toegang tot zorg met verblijf terwijl het hier een spoedindicatie betreft. Wordt het knelpunt herkend dat een regeling voor spoed in de reguliere Wlz en de subsidieregeling eerstelijns verblijf ontbreekt waardoor het moeilijk is voor cliënten om in een acute situatie snel goed terecht te kunnen? Welke knelpunten zijn er nog meer die tot terughoudendheid bij zorgaanbieders leiden en die snelle (tijdelijke) levering van zorg belemmeren? Wat wordt er gedaan om de afstemming tussen bovengenoemde regelingen te verbeteren zodat cliënten snel op de goede plek terecht kunnen? Bieden de beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 voldoende ruimte voor waar nodig snelle tijdelijke levering van zorg?

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is bepaald op maximaal drie jaar. Hoe is de Staatssecretaris tot deze conclusie gekomen? Hoe zijn de resultaten uit het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) met de indicaties afgegeven voor onbepaalde tijd hierin meegenomen? Welke gevolgen heeft dit voor de bureaucratie?

De leden van de PVV-fractie vragen wat de definitie is van verdragsgerechtigden die het Ministerie van VWS hanteert en hoeveel verdragsgerechtigden op dit moment gebruikmaken van de Wlz.

Het CIZ oordeelt en beslist over een aanvraag van zorg binnen zes weken na de datum waarop de aanvraag hiervoor is ingediend. De datum geïndiceerde functie kan in beginsel wel liggen na, maar niet voor de datum indicatiebesluit. Uitzonderingen hierop zijn onder meer de ERAI-instellingen. De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd hoe het de instellingen vergaat die in het verleden het mandaat gekregen hebben om zelf (her)indicaties te stellen. Wat is er voor hen veranderd per 1 januari 2015? Worden andere instellingen in de gelegenheid gesteld om deze ERAI-werkwijze over te nemen? Zo nee, waarom niet? Waarom moeten zij wel zes weken wachten op een besluit van het CIZ?

Kan de Staatssecretaris een overzichtelijk schema aanleveren van de nieuwe zorgprofielen met daarbij de leveringsvormen, uren en kosten, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Het CIZ zal meer gesprekken face to face laten plaatsvinden. Hoeveel indicaties zijn er tot op heden vastgesteld in een persoonlijk gesprek? Hoeveel telefonisch en hoeveel enkel op basis van ingevulde formulieren? Het was toch de bedoeling dat «alle» indicaties face tot face zouden worden vastgesteld? Waarom is hiervan afgezien?

In de genoemde vierpuntschaal wordt gesproken over hulp. De leden van de PVV-fractie vragen of het hier professionele hulp betreft.

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS